

O'zbekiston Respublikasi  
Sog'liqni saqlash vazirining  
2025 yil "23" iyundagi  
180-sonli buyrug'iga  
ilova

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI RESPUBLIKA  
BOLALAR ORTOPEDIYA MARKAZI**

**"STENOZLOVCHI LIGAMENTIT" NOZOLOGIYASI  
BO'YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLLARI**

**Toshkent – 2025**



**"STENOZLOVCHI LIGAMENTIT"**  
**NOZOLOGIASINING TASHXISLASH VA DAVOLASH**  
**MILLIY KLINIK PROTOKOLI**

**TOSHKENT 2025**

**1. Kirish:**  
XKT-10:

XKT-10	
Kod	Nomlanishi
M65.3	Shiqillovchi barmoq <a href="https://mkb-10.com/index.php?pid=12398">https://mkb-10.com/index.php?pid=12398</a>
M65.4	De kerven sindromi <a href="https://mkb-10.com/index.php?pid=12398">https://mkb-10.com/index.php?pid=12398</a>
M65.8	Boshqa sinovit va tendosinovitlar <a href="https://mkb-10.com/index.php?pid=12398">https://mkb-10.com/index.php?pid=12398</a>
M65.9	Aniqlanmagan sinovit va tendosinovitlar <a href="https://mkb-10.com/index.php?pid=12398">https://mkb-10.com/index.php?pid=12398</a>

XKT -11	
Kod	Nomlanishi
FB40.0	Infeksion tenosynovitlar <a href="https://www.findacode.com/icd-11/block-163006370.html">https://www.findacode.com/icd-11/block-163006370.html</a>
FB40.1	Plantar fasciitis <a href="https://www.findacode.com/icd-11/block-163006370.html">https://www.findacode.com/icd-11/block-163006370.html</a>
FB40.2	Orqa tibial tendonitlar <a href="https://www.findacode.com/icd-11/block-163006370.html">https://www.findacode.com/icd-11/block-163006370.html</a>
FB40.3	Calcifik tendinitlar <a href="https://www.findacode.com/icd-11/block-163006370.html">https://www.findacode.com/icd-11/block-163006370.html</a>
FB40.4	Trigger barmoq <a href="https://www.findacode.com/icd-11/block-163006370.html">https://www.findacode.com/icd-11/block-163006370.html</a>
FB40.5	Radial styloid tenosynovitlar <a href="https://www.findacode.com/icd-11/block-163006370.html">https://www.findacode.com/icd-11/block-163006370.html</a>
FB40.Y	Boshqa spetsifik tenosynovitlar <a href="https://www.findacode.com/icd-11/block-163006370.html">https://www.findacode.com/icd-11/block-163006370.html</a>
FB40.Z	Aniqlanmagan tenosynovitis <a href="https://www.findacode.com/icd-11/block-163006370.html">https://www.findacode.com/icd-11/block-163006370.html</a>

**Bayonnomani ishlab chiqish va qayta ko‘rib chiqish sanasi:** 2025 yil, qayta ko‘rib chiqish sanasi 2028 yil yoki yangi asosiy dalillar mavjud bo‘lganda. Taqdim etilgan tavsiyalarga kiritilgan barcha o‘zgartirishlar tegishli hujjatlarda e‘lon qilinadi.

**Ushbu milliy klinik bayonnomani ishlab chiqish uchun mas‘ul muassasa:**

Respublika bolalar ortopediyasi markazi (RBOM).

**Klinik protokolni ishlab chiqishda ishchi guruhning quyidagi a‘zolari o‘z hissalarini qo‘shdilar:**

1.	Tilyakov A.B.	t.f.d., Respublika bolalar ortopediyasi markazi direktori	RBOM
2.	Alpisboyev X.Sh.	t.f.d., Respublika bolalar ortopediyasi markazi direktori muovini	RBOM
3.	Shamukimov Sh.	chanoq-son bo'g'imi, qo'l kafti va oyoq panja patologiyasi bo'limi mudiri	RBOM
4	Mirzaev A.G.	t.f.n., neyroortopediya bo'limi mudiri	RBOM
5	Mirpayazov A.X.	Umurtqa pog'onasi va ko'krak qafasi patologiyasi bo'limi mudiri	RBOM
6	Nazarova N.Z.	t.f.n. TMA Travmatologiya-ortopediya kafedrasida dotsenti	TMA
7	Tursunova S.A.	t.f.n., Respublika bolalar ortopediyasi markazi mutaxassisi.	RBOM
8	Sadikov S.A.	Respublika bolalar ortopediyasi markazi mutaxassisi.	RBOM
9	Jalolov X.A.	Respublika bolalar ortopediyasi markazi mutaxassisi.	RBOM

#### **Asosiy mualliflar ro'yxati:**

**Tilyakov A.B.** – t.f.d., Respublika bolalar ortopediyasi markazi direktori

**Alpisboyev X.Sh.** – t.f.n., Respublika bolalar ortopediyasi markazi direktorining davolash ishlari bo'yicha o'rinbosari va chanoq-son patologiyasi bo'limi mudiri.

**Shamukimov Sh.** – chanoq-son bo'g'imi, qo'l kafti va oyoq panja patologiyasi bo'limi mudiri.

**Nazarova N.Z.** – t.f.n. TMA Travmatologiya-ortopediya kafedrasida dotsenti

#### **Taqrizchilar:**

Saliev Murod Muhammedjanovich

Tibbiyot fanlari nomzodi, Respublika ixtisoslashtirilgan travmatologiya va ortopediya ilmiy-amaliy tibbiyot markazining ilmiy ishlar bo'yicha direktor o'rinbosari.

Jo'raev Ahror Mahmudovich

Tibbiyot fanlari doktori, prof., Respublika ixtisoslashtirilgan travmatologiya va ortopediya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi bolalar ortopediyasi va travmatologiyasi bo'limi mudiri.

#### **Tashqi ekspert:**

Klinik protokol 7 aprel 2023 yil 1-son bayonnoma bilan onlayn-formatda oliy ta'lim muassasalari professor-o'qituvchilari, O'zbekiston travmatolog-ortopedlar assotsiatsiyasi a'zolari, sog'liqni saqlash tashkilotchilari, regional ortopedik xizmati shifokorlari ishtirokida ishchi guruhning yakuniy yig'ilishida norasmiy konsensusga erishish orqali muhokama qilindi va tasdiqlash uchun tavsiya etildi.

Ishchi guruh raxbari – RBOMdirektori t.f.d. Tilyakov A.B.

Texnik ekspert baxolash va taxrirlash:

1. Saliev M.M. - Respublika ixtisoslashtirilgan travmatologiya va ortopediya ilmiy-amaliy tibbiyot markazining ilmiy ishlar bo'yicha direktor o'rinbosari, t.f.n.
2. Respublika ixtisoslashtirilgan travmatologiya va ortopediya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi bolalar travmatologiya va ortopediyasi bo'limi mudiri, t.f.d., prof.

Mazkur klinik protokol va standartlar O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vaziri o'rinbosari Basitxanova E.I, Tibbiy sug'urta boshqarmasi boshlig'i Sh. Almardanov, klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish va joriy etish bo'limi boshlig'i Sh.R. Nurimova boshchiligida, Klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish va joriy etish bo'limi bosh mutaxassisi G.Djumayeva, yetakchi mutaxassisi N.Raximova tomonidan tashkiliy va uslubiy ko'magi asosida ishlab chiqilgan.

#### 7) Protokoldan foydalanuvchilar:

- umumiy amaliyot shifokorlari, terapevtlar, tez tibbiy yordam shifokor /feldsherlari, infeksiyalar, anesteziolog-reanimatologlar, pediatrlar, nevropatologlar, klinik ordinatorlar, tibbiyot oliy o'quv yurtlarining magistrarlari, doktorantlari.

#### 8) bemorlar toifasi:

Tug'ma sindaktiliya bilan og'riqan bemorlar.

#### 9) Ishonchlilik darajasining shkalasi:

– Tashxisot usullarini asoslovchi dalillarning ishonchlilik darajasini baholovchi shkala (tashxisiy yondashuv)

DID	Ta'rifi
1	Ma'lumotnoma-nazorat ostidagi tadqiqotlarni tizimli ko'rib chiqish yoki meta-tahlil yordamida randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlarni tizimli ko'rib chiqish
2	Individual ma'lumotnoma-nazorat ostidagi tadqiqotlar yoki individual randomizatsiyalangan klinik sinovlar va meta-tahlil yordamida randomizatsiyalangan klinik sinovlardan tashqari har qanday dizayndagi tadqiqotlarni tizimli ko'rib chiqish
3	Malumot usuli bo'yicha ketma-ket nazoratsiz tadqiqotlar yoki o'rganilayotgan usuldan mustaqil bo'lmagan mos yozuvlar usuli bilan tadqiqotlar yoki tasodifiy bo'lmagan qiyosiy tadqiqotlar, shu jumladan kohort tadqiqotlari
4	Qiyosiy bo'lmagan tadqiqotlar, klinik holat hisoboti
5	Harakat mexanizmi yoki ekspert xulosasi uchun faqat mantiqiy asos mavjud

#### Profilaktik, terapevtik va reabilitatsiya tadbirlari uchun dalillar darajasini baholash (DID) uchun shkala

DID	Ta'rifi
1	Meta-tahlil yordamida tizimli ko'rib chiqish

2	Tanlangan meta-tahlil yordamida har qanday dizayndagi tadqiqotlarni tizimli ko'rib chiqish
3	Tasodifiy bo'lmagan qiyosiy tadqiqotlar, shu jumladan kohort tadqiqotlari
4	Qiyosiy bo'lmagan tadqiqotlar, misollar hisobotlari yoki holatlar seriyasi, vaziyatni nazorat qilish bo'yicha tadqiqotlar
5	Faqat aralashuvning ta'sir qilish mexanizmi (klinikgacha tadqiqotlar) yoki ekspert xulosasi uchun asos mavjud

**Profilaktik, diagnostika, terapevtik va rehabilitatsiya tadbirlari bo'yicha ishinchlilik darajasini baholash (IDB) bo'yicha tavsiyalar shkalasi**

<b>TID</b>	<b>Ta'rifi</b>
<b>A</b>	Kuchli tavsiya (barcha samaradorlik choralari (natijalari) muhim, barcha tadqiqotlar yuqori yoki adolatli uslubiy sifatga ega va ularning qiziqish natijalari bo'yicha xulosalari izchil)
<b>B</b>	Shartli tavsiyalar (ko'rib chiqilgan barcha samaradorlik choralari (natijalari) muhim emas, barcha tadqiqotlar yuqori yoki adolatli uslubiy sifatga ega emas va/yoki ularning qiziqish natijalari bo'yicha xulosalari mos kelmaydi)
<b>C</b>	Zaif tavsiya (adekvat sifatli dalillarning yo'qligi (ko'rib chiqilgan barcha samaradorlik choralari (natijalari) muhim emas, barcha tadqiqotlar past uslubiy sifatga ega va ularning qiziqish natijalari bo'yicha xulosalari izchil emas)

## MUNDARIJA:

1.	"STENOZLOVCHI LIGAMENTIT" NOZOLOGIYASINING TASHHISLASH VA DAVOLASH BO'YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLI	5-bet
2.	"STENOZLOVCHI LIGAMENTIT" NOZOLOGIYASINING TIBBIY ARALASHUVLARI BO'YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLI	19-bet
3.	"STENOZLOVCHI LIGAMENTIT" NOZOLOGIYASINING PROFILAKTIKA VA REABILITATSIYA BO'YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLI	23-bet
4.	"STENOZLOVCHI LIGAMENTIT" NOZOLOGIYASINING PALLIATIV DAVOSI BO'YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLI	27-bet

## Shartli qisqartmalar

MS – murakkab sindaktiliya

KT - kompyuter tomografiyasi

OKH – operatsiyadan keying holat

MRT – magnit rezonans tomografiya

UTT- yltratovush tekshiruvi

MNS – markaziy nerv sistemasi

EEG – elektroensefalografiya

IQ – intellekt koefitsenti

## ASOSIY QISM

Stenozlovchi ligamentit – qo‘lning pay-boylam apparatining ko‘p sababli (polietiologik) kasalligidir. Bu kasallik barmoqlarning bukuvchilar yoki yozuvchilar paylari fibroz kanallar ichida siqilib qolishi bilan tavsiflanadi. Har xil yoshdagi insonlarda (ko‘proq ayollarda) uchraydi, qo‘l barmoqlarining hammasida kuzatilishi mumkin (ko‘proq 1-barmoq sohasidagi halqasimon boylamlarda, kamroq 3 va 4-barmoqlarda, juda kam hollarda esa 2 va 5-barmoqlarda), har xil darajalarda namoyon bo‘ladi.

Kattalarda bu holat odatda qo‘l mehnati bilan bog‘liq kasbiy faoliyat yoki tizimli kasalliklardan aziyat chekayotganlarda uchraydi. Eng ko‘p tarqalgan shakli — bu 1-barmoqni olib chiquvchi mushak va 1-barmoqning qisqa yozuvchi payi sohasidagi o‘tkir yoki surunkali tendosinovit (de Kerven kasalligi). Kasallik Mukkard testi (test Muckard — qo‘l tirsak tomoniga yo‘naltirilgan holatda, barmoqlar to‘g‘rilgan va 1-barmoq ichkariga qaratilgan holatda og‘riqning paydo bo‘lishi, ayniqsa nurlanish o‘simtasi sohasida) va Finkelshteyn testi (test Finkelstein — 1-barmoqni boshqa barmoqlar bilan qisib, qo‘lni tirsak tomoniga bukish chog‘ida nurlanish o‘simtasi sohasida og‘riq va «g‘ichirlash» eshinishi) yordamida aniqlanadi. 1-karpal-metakarpal bo‘g‘imning osteoartrozi bilan farqlash uchun rentgen tekshiruvi zarur. Albatta, paylar stenozlari boshqa sohalarda ham yuz berishi mumkin.

Bolalarda stenozlovchi ligamentitni odatda ota-onalar 1-3 yosh oralig‘ida sezishadi. Ko‘pincha aynan birinchi (bosh) barmoqning pay-boylam apparati zararlanadi, garchi bukuvchi paylarning siqilishi uch falangli barmoqlarda ham (2-3-4-5) bo‘lishi mumkin.

**Anatomiya:** Qo‘lning birinchi barmog‘i asosida, birinchi metakarpofalang bo‘g‘im proeksiyasida kaft fassiyasi qalinlashadi va halqasimon boylamni (pars cruciformis vaginae fibrosae) hosil qiladi. Bu boylamning vazifasi — 1-barmoqning uzun bukuvchi payining siljishini yo‘naltirishdir.

**Patologik anatomiya:** Bolalarda stenozlovchi ligamentitning kelib chiqishi barmoqning bukuvchi payi diametri halqasimon boylam diametriga nisbatan tezroq o‘sishi bilan tushuntiriladi. Natijada pay va boylam o‘rtasida o‘ziga xos to‘qnashuv yuzaga keladi, bu esa ushbu sohada nospetsifik surunkali yallig‘lanish va so‘ngra degenerativ o‘zgarishlarga olib keladi.

Ota-onalar bolaning birinchi barmog‘ini to‘liq yozishda qiyinchilik, «shitirlash» (shiqillash) eshitilishi yoki butunlay yozolmaslik holatini sezadilar. Ayniqsa diqqatli ota-onalar birinchi barmoq tagida no‘xat kattaligida shish paydo bo‘lganini — bu stenozlovchi ligamentitga xos belgini sezishlari mumkin.

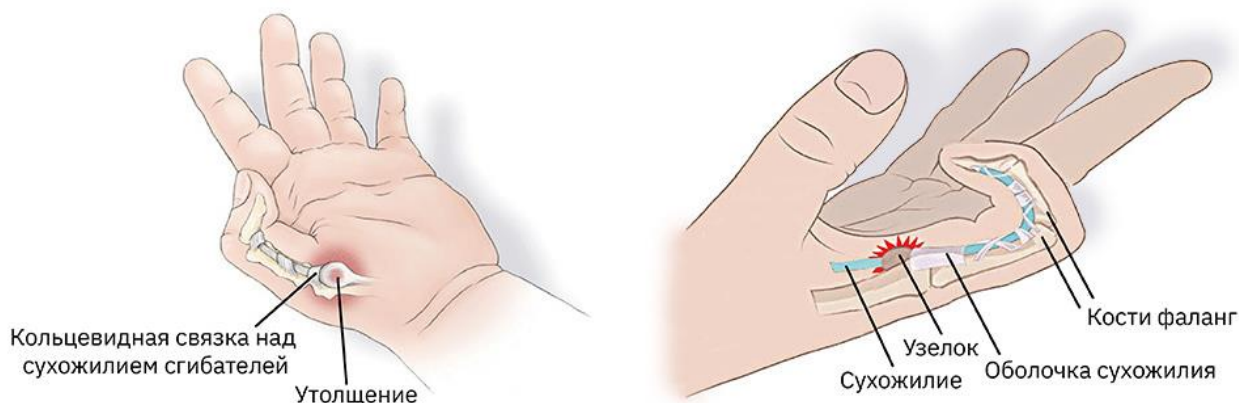
Agar davolash o‘z vaqtida amalga oshirilmasa, birinchi barmoqning bukilish kontrakturasi (ya’ni barmoqning doimiy bukilgan holatda qolishi) rivojlanadi. Shuning uchun tashxis qo‘yilganidan keyin davolash bir necha hafta yoki oy ichida bajarilishi lozim.

Stenozlovchi ligamentit: klinik tavsif va davolash bosqichlari

## 2. Kasallikning bosqichli rivojlanishi

Stenozlovchi ligamentitda davolash bosqichma-bosqich olib boriladi. Patologik jarayon og‘irligiga qarab 3 bosqich ajratiladi.

Kasallik joylashuviga qarab quyidagi turlari farqlanadi: bosh barmoqning stenozlovchi ligamentiti, o‘rta barmoq, ko‘rsatkich barmoq, nomsiz barmoq, kichik barmoq.



## 3 Diagnostika usullari, yondashuvlari va tartiblari

### 3.1 Tashxis qo‘yish

Tashxis quyidagi omillarga asoslanadi: bemorning shikoyatlari, tashqi ko‘rik, ortopediya bo‘yicha standart vositalar bilan instrumental tekshiruvlar (manba: Ortopediya. Milliy qo‘llanma. Qo‘shimcha va qayta ishlangan nashr, 2014).

#### **Shikoyatlar:**

Kasallikning o‘tkir bosqichida quyidagi belgilar kuzatiladi:

- lokal og‘riq;
- yumshoq to‘qimalarning shishishi;
- faol va passiv harakat amplitudasining kamayishi;
- palpatsiyada aniqlanadigan «g‘ijimlashish» yoki «shitirlash».

O‘tkir davrda barmoq sohasidagi harorat oshishi mumkin. Uzoq davom etgan holatlarda esa mahalliy qon aylanishi buzilib, teri harorati pasayadi. Bunday alomatlar mavjud bo‘lsa, tashxisni tasdiqlash uchun ultratovush tekshiruvi (UTT) o‘tkaziladi.

**Anamnez (tarix):** oilaviy anamnezni aniqlash, anomaliyalar qachon aniqlangani (homiladorlik davrida yoki tug‘ilgandan keyin), ilgari o‘tkazilgan diagnostik va davolovchi tadbirlar haqida ma’lumot yig‘ish zarur.

#### **Fizik tekshiruv:**

Fizik tekshiruv quyidagilarni o‘z ichiga oladi:

bolaning umumiy rivojlanishini yoshiga nisbatan baholash, boshqa tana qismlarida anomaliyalar mavjudligini aniqlash, qo'lni ko'zdan kechirish: deformatsiya lokalizatsiyasi, shakli va teri holati (kaft va tashqi tomon),

barmoqlarning harakat hajmi va qo'lning umumiy funksional holatini aniqlash, qon-tomir yoki asab tizimi bilan bog'liq buzilishlarni klinik tekshirish.

**Stenozli ligamentit diagnostikasi**

Stenozli ligamentitning diagnostikasi shikoyatlar va ob'ektiv tekshiruv ma'lumotlarini tahlil qilish asosida amalga oshiriladi. Tashxisni tasdiqlash uchun ultratovush tekshiruv o'tkaziladi.

**Stenozlovchi ligamentitning 3 bosqichi (Nott kasalligi):**

1-bosqich:

- Og'riq birinchi falanga bilan kaft suyagi tutashgan joyda bosganda seziladi.
- Barmoqni maksimal bukish va yozishda va ayniqsa ertalablar qiyinchiliklar kuzatiladi.

• Vaqt o'tishi bilan barmoqni bukishda og'riqli «shitirlash» (klik) paydo bo'ladi. Barmoqni to'g'rilash uchun kuch ishlatish kerak bo'ladi. Bu harakat og'riqli, ammo qisqa davom etadi.

- Bir necha oy (odatda 6 oy) ichida bu bosqich 2-bosqichga o'tadi.

2-bosqich:

• Kliklar tez-tez ro'y beradi, og'riq kuchayadi va uzoqroq saqlanadi (30 daqiqadan 1 soatgacha).

- Barmoqni to'g'rilash uchun qarama-qarshi qo'l yordami kerak bo'ladi.
- Palpatsiyada 5–7 mm li og'riqli zichlash aniqlanadi.
- Mehnatga layoqat pasayadi.

3-bosqich:

• Qattiq kontraktura (barmoqning harakatdan qolishi) rivojlanadi.

• Barmoqni to'g'rilash uchun kuchli harakat yoki yordamsiz qo'l kerak bo'ladi, ba'zida to'g'rilab bo'lmaydi.

- Og'riq doimiy va qo'l yuqorisiga tarqaladi.
- Har doim palpatsiyada og'riqli tugun seziladi.
- Mehnatga layoqat deyarli yo'qoladi.

**Laborator tekshiruvlar:** Maxsus diagnostik ahamiyatga ega emas. Standart operatsiya oldi tekshiruv uchun o'tkaziladi.

**Instrumental diagnostika:**

Asosiy instrumental tadqiqotlar:

- Har ikki qo'lning rentgenografiyasi (to'g'ri va yon proyeksiyada).

Qo'shimcha instrumental tadqiqotlar:

• Qo'l panjasining MTR (magnit-rezonans tomografiya): pay-boylam apparatini baholash.

**Mutaxassis bilan maslahatlashish uchun ko'rsatmalar:**

- Genetik: agar kasallik irsiy sindromning belgisi bo'lsa.
- Genetik tadqiqotlar sindrom mavjudligiga gumon qilinganda majburiy.

**3.3 Differentsial tashxis va qo'shimcha tadqiqotlar uchun asoslar:**

Differentsial diagnostika mumkin bo'lgan genetik sindromni aniqlash uchun o'tkaziladi, uning belgisi ligamentitdir. Agar genetik sindromga shubha bo'lsa, genetik tekshiruv zarur.

#### **4.Ambulator davolash taktikasi:**

Bosuvchi barmoqni davolash Klinik ko'rsatmalarga ko'ra, bosuvchi barmoqni davolash konservativ choralar bilan boshlanadi. Agar ular samarasiz bo'lsa, jarrohlik aralashuvi amalga oshiriladi.

##### **Konservativ davolash (1–2-bosqichda):**

##### **Konservativ davolashning umumiy prinsiplari quyidagilardan iborat:**

- Qo'ning funksional tinchligini ta'minlash va yuklamani kamaytirish (agar yallig'lanish kuchli bo'lsa, zararlangan barmoqlarni butunlay harakatsiz qoldirish tavsiya etiladi);
- Nosteriod yallig'lanishga qarshi dorilarni qabul qilish va ularni mahalliy surtma sifatida qo'llash;
- Kortikosteroid preparatlarning mahalliy in'ektsiyalari (kuchli yallig'lanish bo'lgan holatlarda qo'llaniladi);
- Yallig'lanishning o'tkir bosqichi o'tganidan keyin fizioterapiya muolajalari (masalan, magnitoterapiya, lazer terapiyasi);
- Vitaminoterapiya.

O'tkir bosqichda davolash choralari zararlangan tuzilmalarni bo'shashtirishga qaratiladi.

Yallig'lanish pasayganidan so'ng, zararlangan to'qimalarni mo''tadil cho'zish amalga oshiriladi.

So'nggi bosqichda esa mushak kuchini bosqichma-bosqich tiklash tavsiya etiladi.

Shuningdek, davolovchi jismoniy mashqlar (LΦK) mutaxassis tomonidan individual tarzda tanlanadi.

##### **Jarrohlik davolash (3-bosqich yoki konservativ usul samarasiz bo'lsa):**

- Jarrohlik usul: pay-boylamni kesish (ochiq yoki endoskopik).
- Operatsiya — deformatsiyani bartaraf etish uchun 1 yoshdan boshlab amalga oshiriladi.
- Jarrohlik prinsiplari: deformatsiyani bir martada tuzatish, zarurat bo'lsa pay plastikasi.

##### **Kontraindikatsiyalar:**

- Og'ir darajadagi anemiya;
- Kompensatsiya qilinmagan umumiy kasalliklar;
- Epilepsiya;
- Kaxeksiya.

##### **Operatsiyaga tayyorgarlik (laborator):**

- Qon tahlili (umumiy, biokimyo, koagulogramma);
- Siydik tahlili;
- Gepatit B va S (tezkor test);
- RW (sifilisga test);
- Qon ivish vaqti;
- EKG.

##### **Konsultatsiyalar:**

- Pediatr, terapevt, anesteziolog va boshqa kerakli mutaxassislar.

#### **Anesteziya:**

- Anesteziolog reanimatolog bemorni ko‘rib chiqadi.
- Anemiya bo‘lsa – oldindan davolash talab qilinadi.
- Bolalarda tavsiya etiladigan anesteziya turi — intravenoz narkoz,
- Kattalarda — o‘tkazuvchi yoki spinal anesteziya.

#### 3.3. Differensial diagnostika va qo‘shimcha tekshiruvlar asoslanmasi

Differensial diagnostika stenozlovchi ligamentit klinik ko‘rinishiga ega bo‘lgan irsiy sindromlarni aniqlash maqsadida o‘tkaziladi. Agar irsiy sindrom mavjudligiga shubha tug‘ilsa, genetik tadqiqotlar o‘tkazilishi zarur.

#### **4. Ambulator sharoitda davolash taktikasi**

“Shiqillovchi barmoq”ni davolash

Amaldagi klinik tavsiyalarga muvofiq, “shiqillovchi barmoq” (stenozlovchi ligamentit)ning davolanishi konservativ usullar bilan boshlanadi. Agar bu usullar samara bermasa, jarrohlik aralashuvi ko‘rib chiqiladi.

#### **Konservativ davolash:**

Konservativ davolashning asosiy tamoyillari quyidagilardan iborat:

- Barmoqqa funksional tinchlik berish va qo‘lga yuk tushishini cheklash (og‘ir yallig‘lanishda barmoqlarni harakatlantirmaslik tavsiya etiladi);
- Nosteriod yallig‘lanishga qarshi dori vositalarini og‘zaki qabul qilish yoki mahalliy surtma shaklida qo‘llash;
- Kortikosteroid preparatlarni mahalliy in’yeksiya tarzida yuborish (kuchli yallig‘lanishda);
- O‘tkir bosqichdan keyin fizioterapiya (magnitoterapiya, lazer terapiyasi);
- Vitaminterapiya.

O‘tkir davrda muolajalar zararlangan tuzilmalarni bo‘shashtirishga,

yallig‘lanish pasaygach esa – yumshoq cho‘zishga,

yakuniy bosqichda esa – mushak kuchini tiklashga yo‘naltiriladi.

Davolovchi jismoniy mashqlar (LFM) LFK bo‘yicha mutaxassis tomonidan tanlanadi.

#### **Jarrohlik aralashuvi:**

Agar konservativ davolash samara bermasa va og‘riq sindromi saqlanib qolsa, “shiqillovchi barmoq” bo‘yicha jarrohlik aralashuvi o‘tkaziladi.

Operatsiyaning mohiyati – zararlangan boylam (ligament)ni kesishdan iborat bo‘lib, bu ochiq yoki yopiq usulda bajarilishi mumkin.

Polidaktiliya (ortiqcha barmoq)ni jarrohlik yo‘li bilan davolashning asosiy tamoyillari:

- Operatsiya yoshi deformatsiya shakli va zarur aralashuv turiga bog‘liq holda belgilanadi;
- Agar asosiy barmoqqa ham tuzatish zarur bo‘lsa, bu holatlarda davolashni 1 yoshdan boshlab amalga oshirish maqsadga muvofiq;
- Patologiyaning barcha komponentlarini bir vaqtda tuzatish;
- Zarurat bo‘lsa, har qanday pay plastikasi usulidan foydalanish mumkin.

#### **Operatsiyaga qarshi ko‘rsatmalar:**

- Og‘ir darajadagi anemiya;

- Kompensatsiyalanmagan somatik (tana) kasalliklar;
- Epilepsiya;
- Kaxeksiya (organizmning umumiy holdan toyishi).

#### **Operatsiya oldi laborator tekshiruvlar:**

- Umumiy qon tahlili;
- Umumiy siydik tahlili;
- Qonning biokimyoviy tahlili;
- Koagulogramma (qon ivish tizimi);
- Gepatit B uchun ekspress-test;
- Gepatit C uchun ekspress-test;
- Qon ivish vaqti;
- RW (sifilis) tahlili;
- Elektrokardiogramma (EKG).

#### **Mutaxassislar ko‘rigi:**

- Pediatr,
- Terapevt,
- Anesteziolog,
- Shuningdek, boshqa soha mutaxassislari – ko‘rsatmalarga ko‘ra.

#### **Anesteziologik ta‘minot:**

Operatsiya oldidan bemorni anesteziolog-reanimatolog ko‘rib chiqadi.

Zarurat tug‘ilganda – qo‘shimcha tekshiruvlar, boshqa mutaxassislar bilan maslahat va tayyorlov muolajalari o‘tkaziladi.

Agar anemiya aniqlansa, gemoglobin darajasini normallashtirish talab etiladi.

- Bolalar uchun tavsiya etilgan narkoz: intravenoz umumiy narkoz,
- Kattalar uchun – o‘tkazuvchi yoki spinal anesteziya.

#### **Operatsiya oldi tayyorgarlik:**

- Ichaklarni bo‘shatish;
- Operatsiya sohasi terisini sanitariya qoidalari asosida tozalash.

Operatsiyadan 2 soat oldin o‘pka yoki operatsion joyda infeksiyalar rivojlanishining oldini olish maqsadida, keng ta‘sir doiradagi antibiotiklardan biri yoshga mos dozada buyuriladi.

#### **Jarrohlik davolash**

Nott kasalligini (stenozlovchi ligamentit) bolalarda jarrohlik yo‘li bilan davolash 1,5 yoshdan boshlab maqsadga muvofiq hisoblanadi. Jarrohlik usullari ochiq va yopiq metodlarga bo‘linadi.

##### **Yopiq usulda**

Teri orqali igna yordamida kirib, “ko‘r holda” halqasimon boylam (ligament) kesiladi. Ushbu usul kattalarda keng qo‘llaniladi va ko‘pincha yaxshi natija beradi.

Ammo bolalarda bu usulda quyidagi xavflar yuqori:

- qon-tomir va asab tolalari (sudisto-nervniy puchok) shikastlanishi;
- ochiq usul bilan solishtirganda ko‘proq qaytalanish (retsdiv) holatlari.

##### **Ochiq usulda**

Teri kichik kesiladi va halqasimon boylam aniq ko‘rilgan holda kesiladi, so‘ngra boylam plastikasi bajariladi.

Agar barmoq bukuvchi payda qalinlashish aniqlansa, uni kesim shaklida (klin-tarzda) rezektsiya qilish zarur, bu bilan pay kengligi normallashtiriladi va retsividiv xavfi kamayadi. Bu manipulyatsiya yopiq usulda texnik jihatdan mumkin emas.

#### 4.4. Keyingi yuritish

Operatsiyadan keyingi laborator monitoring:

- Umumiy qon tahlili (keyinchalik – ko‘rsatmalarga ko‘ra),
- Qon biokimyoviy tahlili (ko‘rsatmalarga ko‘ra),
- Operatsiyadan keyingi natijani baholash uchun barmoq segmentining ikkita proektsiyada rentgenografiyasi (old-orqa va yon proektsiya).

#### **Operatsiyadan keyingi dori-darmon bilan ta‘minot:**

- Jarrohlik joyida infeksiyon asoratlarning oldini olish uchun keng ta‘sir doirasiga ega antibiotiklar kamida 3 kun buyuriladi (doza – tana vazni va holatiga qarab).
- Og‘riq sindromi darajasiga qarab: opioidlar, analgetiklar, nosteroid yallig‘lanishga qarshi dorilar buyuriladi.

Bog‘lam va kuzatuv:

- Operatsiyadan so‘nggi birinchi kunda barmoqlarning distal qismlarida qon aylanishini kuzatish imkonini beruvchi bog‘lam qo‘yiladi.
- Birinchi bog‘lam almashtirish – operatsiyadan keyingi 1-kuni;
- Keyingi bog‘lamlar har 3–4 kunda, agar tiklanish tinch o‘tsa.

Stasionardan chiqarish va uy sharoitida tavsiyalar:

- Operatsiyadan keyin periferik qon aylanishini nazorat qilish;
- Zararlangan qo‘l segmentini immobilizatsiya qilish;
- Barmoqlarda harakatlarni tiklashga qaratilgan mashqlar;
- Doimiy kuzatuvni yashash joyidagi travmatolog olib boradi.

Reabilitatsiya

- Operatsiyadan so‘ng aseptik bog‘lam va vaqtincha immobilizatsiya (leukoplastir, termoplastik ortoz yoki gips lonshet) qo‘yiladi;
- 7-kun: barmoqlar bo‘g‘imlarida passiv harakatlar boshlanadi;
- 14-kun: tikuvlar va immobilizatsiya vositasi olib tashlanadi;
- Keyinchalik: passiv harakatlar davom ettiriladi va aktiv harakatlar boshlanadi.

Shiflardan keyin tiklanish davri 2–3 hafta davom etadi va quyidagilarni o‘z ichiga oladi:

- Barmoq bo‘g‘imlarida harakatlarni to‘liq tiklash;
- Rublik to‘qimalar shakllanishini kamaytirishga qaratilgan fizioterapiya usullari.

Reabilitatsiya ayniqsa kasallik uzoq vaqt mavjud bo‘lgan holatlarda muhim.

Ambulator sharoitda kuzatuv

- Operatsiyadan 2 hafta o‘tgach nazorat ko‘rigi tavsiya etiladi.
- Unda quyidagilar baholanadi:
- klinik holat;
- yumshoq to‘qimalarning holati;
- bo‘g‘imlardagi harakat hajmi;
- avvalgi tavsiyalarga amal qilinishi;
- bemorning shikoyatlari.

Agar asoratlar kuzatilmasa:

- oldingi ko‘rsatmalar davom ettiriladi,

- keyingi nazorat ko‘riklari: 3 oy, 6 oy va 1 yil o‘tganidan keyin.

Har bir nazoratda bemorga yozma tavsiyalar beriladi, ular ambulator sharoitda reabilitatsiya va tiklanishni davom ettirish uchun mo‘ljallangan.

Ijrosi va o‘z vaqtida bajarilishi ustidan nazorat – tuman ortopedi va oila poliklinikasi shifokori zimmasida.

Davolash samaradorligini baholash mezonlari (indikatorlari):

Yaxshi natija:

- Anatomik va funksional holat to‘liq tiklangan;
- Bo‘g‘imlardagi harakat amplitudasi saqlangan yoki tiklangan;
- Estetik jihatdan qoniqarli natija erishilgan.

Qoniqarli natija:

- Anatomik va funksional holat to‘liq yoki qisman tiklangan;
- Harakat amplitudasi saqlangan yoki tiklangan, ammo:
- harakat cheklanishi yoki kontraktura bo‘lishi mumkin;
- Estetik natija qoniqarli darajada.

Qoniqarsiz natija:

- Anatomik va funksional holat tiklanmagan;
- Bo‘g‘im harakati cheklangan, mavjud:
- kontraktura (qattiqlashgan holat),
- ankiloz (bo‘g‘imning harakatsizligi),
- barmoq nekrozi (to‘qimaning nobud bo‘lishi),
- yomon estetik ko‘rinish.

Protokolni qayta ko‘rib chiqish:

Davolash protokoli:

- U ishlab chiqilganidan so‘ng 3 yil o‘tgach qayta ko‘rib chiqiladi, yoki
- Ilmiy jihatdan asoslangan yangi usullar paydo bo‘lgan taqdirda (tegishli dalillar darajasi mavjud bo‘lsa) erta qayta ko‘rib chiqiladi.

5. Ko‘rsatilgan tibbiy yordam turlarini hisobga olgan holda kasalxonaga yotqizish uchun ko‘rsatmalar:

5.1 Rejalashtirilgan kasalxonaga yotqizish uchun ko‘rsatmalar:

Qo‘lning konjenital anomaliyalari, kosmetik va funksional nuqsonlar mavjudligi.

5.2 Shoshilinch kasalxonaga yotqizish uchun ko‘rsatmalar:

Shoshilinch kasalxonaga yotqizish uchun ko‘rsatmalar yo‘q.

6. Statsionar darajada davolash taktikasi:

6.1. Bemorni kuzatish kartasi, bemorni yo‘naltirish:

#### Kasalxonaning qabul bo'limida (ambulatoriya) tekshiruv

- Bemorni ortoped tomonidan fiziologik tekshiruvdan o'tkazish
- laboratoriya va instrumental tekshiruvga yuborish

#### Kasalxonaning laboratoriya bo'limi

- laboratoriya sinovlarini o'tkazish
- instrumental tadqiqotlar o'tkazish kasalxonaga yotqizish bo'limi

#### kasalxona qabul bo'limi

- kasalxonaning bemor kartasini ro'yxatdan o'tkazish
- shifoxonaning ortopediya bo'limida kasalxonaga yotqizish uchun yuborish

#### shifoxonaning ortopediya bo'limi

- ortopediya bo'limi boshlig'i va davolovchi shifokor tomonidan tekshiruv
- anesteziolog tomonidan tekshirish
- operatsiya turi va sanasini belgilash

#### Operatsiya xonasi

- Jarrohlik aralashuvini o'tkazish

#### Kasalxonaning ortopediya bo'limi

- Ortoped yoki fizioterapevt tomonidan tayinlangan statsionar dori-darmonlar va dori-darmonlarni davolash.
- jarrohlik yarasini va asboblar va implantlarning holatini kuzatish
- ambulator kuzatuv uchun bo'shatish

#### RMO poliklinikasi, oilaviy poliklinika

- ambulator rehabilitatsiya;
- Ambulatoriya sharoitida profilaktika;
- Ambulator tibbiy ko'rik.

**"STENOZLOVCHI LIGAMENTIT"**  
**NOZOLOGIYASINING TIBBIY ARALASHUVLARI**  
**BO'YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLI**

**TOSHKENT 2025**

## Kirish

"Stenozing ligamentit" atamasi Stenoz - stenoz, torayish; Ligamentum (yallig'lanish) ligamenti; -Lotin so'zlari: yakunlovchi ma'no

1850 yilda frantsuz shifokori Alfons Notta o'z hisobotida tolali kanallarda tendon tutilishi bo'lgan to'rtta katta yoshli odamni taqdim etdi.

### Ta'rif

Bu qo'lning tendon-ligament apparati kasalligi bo'lib, bu barmoqning motor funksiyasining buzilishiga olib keladi, iloji boricha mushtga egilayotganda barmoq yoki barmoqlarning odatiy "qisqalanishi", cheklangan harakat, bosganda barmoqlar tagida og'riq va ertalab qo'lda harakatning qattiqligi.

Tendonlar kollagen tolalarining ixcham parallel to'plamlaridir. Fleksor tendon maxsus "sirg'aluvchi" kanalda joylashgan bo'lib, uning qattiqligi har bir bo'g'in hududida silliq va funktsional harakatlarni tashkil qilish uchun halqali ligamentlar tomonidan yaratilgan. Barmoqning ligamentitini denozlash bo'lsa, tendonning bir qismi turli sabablarga ko'ra shikastlanadi (klubsimon yoki shpindel shaklidagi kengayish hosil bo'ladi) va uning kanali (halqali ligament), aksincha, shikastlangan tendonning ushbu qismi tomonidan shikastlanganda qalinroq va qattiqroq bo'ladi. Bu barmoqning normal harakatlanishiga to'siqlar yaratadi va barmoqni to'g'rilashda qiyinchiliklarga olib keladi. Barmoq egilgan holatda ushlanib qoladi va bemor ko'pincha uni hech qanday kuch sarflamasdan to'g'rilay olmaydi, chunki tendon nuqsonining o'lchami halqali ligament kanalining o'lchamiga mos kelmaydi. Vaqt o'tishi bilan egilish va egilish nafaqat bosish, balki og'riq bilan hamroh bo'la boshlaydi. Kasallikning rivojlanishi bilan barmoqning fleksiya kontraktürü rivojlanadi (barmoq doimo egilgan holatda).

### Tasniflar:

#### **Tasnifi:**

Stenozli ligamentit bosqichma-bosqich davolashga ega. Patologik jarayonning og'irligini aks ettiruvchi 3 bosqich mavjud.

Kasallikning mavzusiga qarab, bosh barmog'i, o'rta barmoq, ko'rsatkich barmog'i, halqa barmog'i va kichik barmoqning stenozli ligamentitlari ajralib turadi.

## **3. Usullari, yondashuvlari va davolash tartiblari**

### **3.1. Jarayon yoki aralashuvning maqsadi:**

- barmoq deformatsiyasini bartaraf etish

### **3.2. Jarayon yoki aralashuvga qarshi ko'rsatmalar:**

12 oygacha bo'lgan bolalar

- qo'llarning terisida dermatologik kasalliklar, yaralar va aşınmalar mavjudligi.

### **3.3. Jarayon yoki aralashuvga ko'rsatmalar:**

barmoqlarning ligamentitlari.

**3.4 Jarayon yoki aralashuvni amalga oshiruvchi mutaxassisga qo'yiladigan talablar:** malaka toifasiga ega bo'lgan travmatolog-ortoped va ushbu operatsiyada operator yoki birinchi yordamchi sifatida ishtirok etish tajribasiga ega.

**3.5 Operatsiyaga tayyorgarlik ko'rishda asosiy va qo'shimcha diagnostika tadbirlari ro'yxati:**

- umumiy qon tekshiruvi;
- umumiy siydik tahlili;
- qon guruhi va Rh omil uchun qon testi;
- koagulogramma
- biokimyoviy qon testi
- RW uchun qon testi;
- EKG.

Mutaxassislar bilan maslahatlashing: pediatr, terapevt, anesteziolog, nevrolog va ko'rsatilgan boshqa mutaxassislar.

**3.6 Jarayon yoki aralashuvni amalga oshirishga qo'yiladigan talablar:**

Tasdiqlangan SanPiN talablariga muvofiq jihozlangan operatsiya xonasining mavjudligi, aseptik va antiseptik choralarga rioya qilish, anesteziolog-reanimatolog guruhi.

Uskunalar: operatsiya stoli, operatsiya lampasi, elektrokoagulyator, kichik jarrohlik va travma to'plamlari, steril choyshablar, steril bog'ichlar, bir martalik sarflanadigan materiallar. Anestetik va antiseptik dorilar.

**3.7 Bemorni tayyorlashga qo'yiladigan talablar:**

Bemor laboratoriya va funksional tekshiruvdan so'ng anesteziolog-reanimatolog tomonidan tekshiriladi. Ko'rsatkichlar bo'yicha qo'shimcha tekshiruv, tegishli mutaxassislar bilan maslahatlashish va davolashga tayyorgarlik ko'rish bo'yicha kelishuvga erishiladi. Agar anemiya mavjud bo'lsa, gemoglobin darajasini rejalashtirilgan tuzatish kerak.

Bolalar uchun tavsiya etilgan behushlik turi vena ichiga behushlik, kattalar uchun esa - o'tkazuvchan anesteziya. Bemorni operatsiyadan oldin tayyorlash.

Bemorni operatsiyadan oldin tayyorlash.

Ichaklarni bo'shatish va terini kesish sohasida tozalash umumiy qabul qilingan jarrohlik texnikasi yordamida amalga oshiriladi.

Operatsiya boshlanishidan ikki soat oldin, o'pka va jarrohlik yaralaridan yuqumli asoratlarni oldini olish uchun yoshga mos keladigan dozalarda keng spektrli antibakterial vositalardan biri buyuriladi.

Jarrohlik davolash

Bolalarda Nott kasalligini jarrohlik yo'li bilan davolash 1,5 yoshdan boshlab amalga oshirilishi tavsiya etiladi. Jarrohlik davolash usullari ochiq va yopiq deb ataladigan bo'linadi. Yopiq texnikada teri ponksiyoni halqali ligamentning "ko'r" bo'linishiga aylanadi. Ushbu aralashuv kattalar orasida juda mashhur va ko'pincha yaxshi natijalar beradi. Bolalikda ligamentning yopiq diseksiyasi bilan neyrovaskulyar to'plamga zarar etkazish xavfi, shuningdek, ochiq davolash usullariga nisbatan ko'proq relapslar mavjud. Ochiq operatsiya halqali ligament sohasidagi kichik teri kesmasi orqali amalga oshiriladi. Keyinchalik, halqali ligament qayta tiklanadi. Fleksor tendonning qalinlashuvi mavjud bo'lganda, normal parallel chegaralarni tiklash uchun uning xanjar shaklidagi kesilishini bajarish kerak. Ushbu usul tendon pirinining normal tiklanishiga

olib keladi, bu kasallikning qaytalanish xavfini sezilarli darajada kamaytiradi (yopiq texnikani bajarishda bu manipulyatsiyani texnik jihatdan amalga oshirish mumkin emas).

Jarrohlik davolash juda samarali va juda kamdan-kam hollarda relapslarga olib keladi.

Jarrohlik kirish palma ko'ndalang burma bo'ylab amalga oshiriladi. Bosh barmog'ining uzun fleksorining tendonining qalinlashuvidan distalda joylashgan kaft nerv-tomir to'plamlari va o'zgartirilgan halqali ligament aniqlanadi. Bog'lam kesiladi yoki uning markaziy qismi diametrning uchdan bir qismi bilan kesiladi. Shundan so'ng, uzun fleksorning tendoni o'z kanalida erkin siljishi mumkin. Ko'pincha, birinchi barmoqning uzun fleksorining tendonining fusiform qalinlashuvini kesish talab etiladi. Agar tikuv materiali mavjud bo'lsa, terini 510 sintetik ip bilan tikish mumkin.



3.8. Davolashning samaradorligi ko'rsatkichlari:

**Yaxshi natijaga erishildi:** yuqori oyoq-qo'llarning deformatsiyasini to'liq tuzatish va qo'shma funktsiyalarni tiklash.

**Qoniqarli natija:** deformatsiyalarni qisman tuzatishga erishildi yuqori oyoq-qo'llar, qo'shma funktsiyalarni tiklash

**Qoniqarsiz natija:** deformatsiya tuzatilmaydi, relaps va asoratlar mavjudligi. tekshirish imkoniyatlari

**“STENOZLOVCHI LIGAMENTIT”  
NOZOLOGIYASINING PROFILAKTIKASI,  
REABILOTATSIYASI VA REABILITATSIYASI BO‘YICHA  
MILLIY KLINIK PROTOKOLI**

**TOSHKENT 2025**

## 1. Asosiy qism.

### **Kirish:**

Stenozli ligamentit - qo'lning tendon-ligament apparatining polietiologik kasalligi. Bu tolali kanallarning lümeninde barmoqlarning fleksor yoki ekstansor tendonlarini chimchilash bilan tavsiflanadi. Bu turli yoshdagi odamlarda (ko'pincha ayollarda), qo'lning barcha barmoqlarida (halqali ligamentlar sohasida, ko'pincha 1-da, kamroq tez-tez 3- va 4-da, juda kamdan-kam hollarda 2- va 5-barmoqlarda) turli darajalarda uchraydi..

### **2. Profilaktika yoki reabilitatsiya turlari:**

Stenozli ligamentitning oldini olish tegishli kasbiy xavflarga ega bo'lgan xavf guruhidagi bemorlarda amalga oshirilishi kerak. Ish paytida qo'l tuzilmalarining funktsional holatini yaxshilashga yordam beradigan qo'llar uchun isinish mashqlarini bajarish tavsiya etiladi.

Barmoqlarning konjenital deformatsiyasining ikkilamchi profilaktikasi - eng erta tashxis va o'z vaqtida jarrohlik davolash.

Uchinchi darajali profilaktika - konservativ va jarrohlik davolash paytida asoratlar rivojlanishining oldini olish.

### **Jamoat profilaktika tadbirlari va individual profilaktika tamoyillari:**

Jamoatchilik profilaktikasi aholi o'rtasida barmoqlarning tug'ma nuqsonlari rivojlanishining sabablari va oldini olish choralari to'g'risida ma'lumotga ega bo'lgan sog'lomlashtirish ishlarini olib borishdan iborat. Individual profilaktika yangi tug'ilgan chaqaloqni pediatrik ortoped tomonidan erta tekshirishni tashkil etishdan iborat.

### **3.1. Profilaktika usullari va usullari:**

Profilaktika maqsadi:

Barmoqlarning konjenital deformatsiyalari rivojlanishining oldini olish.

Tug'ma nuqsonlarning oldini olishning asosiy qoidasi - tug'ma nuqsonlarning yuzaga kelishi mumkin bo'lgan sabablarini bartaraf etish uchun aholi o'rtasida sanitariya-ma'rifiy ishlarni olib borish, chunki qarindoshlar nikohi, homiladorlik davrida yomon odatlarni suiiste'mol qilish va boshqalar.

1-profilaktika

Birlamchi profilaktika aholini barmoqlarning tug'ma kasalliklarining rivojlanishining muammolari va muammolarni olishi haqida keng ma'lumot berishdan iborat. Axborot materiali travmatologlar va ortopedlar tomonidan olingan. Barmoqlarning konjenital deformatsiyasining oldini olish bo'yicha skrining tadqiqotlari maxsus skrining markazlarida amalga oshiriladi, bu erda barcha homilador ayollar homiladorlikning har trimestrida tekshiruvdan o'tishlari kerak. Biroq, prenatal davrda aniqlangan barmoq deformatsiyasining mavjudligi homiladorlikni tugatish uchun ko'rsatma bo'la olmasligini hisobga olsak, barcha profilaktika choralari faqat maslahat xarakteriga ega.

2-profilaktika

Ikkilamchi profilaktika ixtisoslashtirilgan ortopediya bo'limlarida travmatolog-ortopedlar tomonidan amalga oshiriladi. Ikkilamchi profilaktika ushbu patologiyani o'z vaqtida jarrohlik yo'li bilan bartaraf etishdan iborat.

### 3-profilaktika

Uchinchi darajali profilaktika mavjud deformatsiyalarning oqibatlarini cheklashga qaratilgan. U davolanishdan keyin bemorni reabilitatsiya qilish va tiklash choralari, shuningdek kasallikning rivojlanishini va yuzaga kelishi mumkin bo'lgan asoratlarni kuzatishni o'z ichiga oladi.

Operatsiyadan keyingi bemorlar uchun uchinchi darajali profilaktika:

Operatsiyadan keyingi yuqumli asoratlarning oldini olish uchun antibiotik terapiyasi. .

Operatsiyadan keyingi davrda (fizioterapiya, massaj, mashqlar terapiyasi) muntazam ravishda ratsional poyabzal kiyish va shifokorning ko'rsatmalariga o'z vaqtida rioya qilish. Uchinchi darajali profilaktikani amalga oshirish RMO travmatolog-ortopedi tomonidan nazorat qilinadi. Faoliyatlar operatsiyadan keyingi bir yil ichida reabilitatsiya davolashning oxirigacha amalga oshiriladi.

### **3.2. Reabilitatsiya usullari va tartiblari:**

#### *Reabilitatsiya maqsadi:*

- ligamentitni bartaraf etish, yuqori oyoq-qo'llarning faoliyatini tiklash;
- operatsiyadan keyingi asoratlarni oldini olish, erta tashxislash va davolash;
- bemorlarning hayot sifatini yaxshilash;
- bemorning jamiyatga ijtimoiy integratsiyasi.

### **4. Profilaktika va reabilitatsiyaning 3 turiga ko'rsatmalar:**

Qo'lning polidaktilyasi bo'lgan bemorlar tashxis qo'yilgan paytdan boshlab, jarrohlik davolash va operatsiyadan keyingi tiklanish

### **5.1 Profilaktika turlarini aniqlash mezonlari:**

Qo'lning konjenital anomaliyalari mavjudligi.

### **5.2 Reabilitatsiya muolajalarining bosqichi va hajmini aniqlash mezonlari:**

Reabilitatsiya mezonlari - bemorning yoshi, qo'l deformatsiyasining og'irligi, tegishli tibbiy muassasalar va mutaxassislarning mavjudligi va bemor uchun reabilitatsiya resurslarining mavjudligi.

#### 6. Reabilitatsiya bosqichlari va hajmi:

1-bosqich: yangi tug'ilgan chaqaloqlarda qo'lning tug'ma anomaliyalarini erta tashxislash (tug'ruqxona, tuman markaziy poliklinikasi).

2 – bosqich: birlamchi tekshirish va diagnostika (markaziy tuman poliklinikasi, viloyat bolalar markazlarining ortopediya bo'limlari)

3-bosqich: o'z vaqtida jarrohlik davolash (viloyat va respublika ixtisoslashtirilgan klinikalarining ortopediya bo'limlari)

4-bosqich: asoratlarni oldini olish maqsadida bemorlarni muntazam nazorat qilish (markaziy tuman poliklinikasi).

Nott kasalligi uchun reabilitatsiya quyidagi yo'nalishlarni o'z ichiga oladi:

- terapevtik mashqlar;
- qo'shimchani rivojlantirishga qaratilgan massaj;
- so'rilishi mumkin bo'lgan dorilar bilan elektroforez;
- mineral komponentlar bilan dorivor vannalar.

### **7. Tibbiy profilaktika yoki reabilitatsiya darajasini ko'rsatuvchi diagnostika tadbirlari:**

- 1) asosiy diagnostika choralari: klinik tekshiruv, rentgenografiya

2) qo'shimcha diagnostika choralari: MRI.

**8. Darajani ko'rsatuvchi tibbiy profilaktika yoki reabilitatsiya taktikasi:**

1) asosiy profilaktika yoki reabilitatsiya tadbirlari

O'z vaqtida tashxis qo'yish va ortopedga murojaat qilish.

Jarrohlik davolash.

2) qo'shimcha profilaktika va reabilitatsiya tadbirlari

Jarrohlik davolashdan keyin ortopedlar tomonidan davriy profilaktik tekshiruv.

**9. Profilaktika va reabilitatsiya tadbirlari samaradorligi ko'rsatkichlari:**

- qo'lning shaklini tiklash;
- qo'l funksiyasini yaxshilash;
- bo'g'imlarning harakat doirasini yaxshilash;
- kosmetik nuqsonlarni bartaraf etish;
- hayot sifatini yaxshilash.

**“STENOZLOVCHI LIGAMENTIT”  
NOZOLOGIASINING PALLIATIV DAVOSI BO‘YICHA  
MILLIY KLINIK PROTOKOLI**

**TOSHKENT 2025**

Bolalarda Notta kasalligini jarrohlik yo'li bilan davolashni 1,5 yoshda o'tkazish tavsiya etiladi. Jarrohlik davolash usullari ochiq va deb ataladiganlarga bo'linadi yopiq texnika bilan teri teshilishi amalga oshiriladi va halqali ligamentning "ko'r" bo'linishi amalga oshiriladi. Ushbu aralashuv kattalar orasida juda mashhur va ko'pincha yaxshi natijalar beradi. Bolalikda ligamentning yopiq diseksiyasi bilan tomir-nerv to'plamiga zarar etkazish xavfi, shuningdek, ochiq davolash usuli bilan solishtirganda ko'proq repidlar mavjud. Ochiq aralashuv halqali ligament sohasidagi kichik teri kesmasi orqali amalga oshiriladi. Keyinchalik, halqali ligament qayta tiklanadi. Fleksor tendonning qalinlashuvi mavjud bo'lganda, normal parallel chegaralarni tiklash uchun uning xanjar shaklidagi kesilishini bajarish kerak. Ushbu usul tendonning normal kengligini tiklashga olib keladi, bu kasallikning qaytalanish xavfini sezilarli darajada kamaytiradi (yopiq texnikani bajarayotganda, bu manipulyatsiyani texnik jihatdan bajarish mumkin emas).

Jarrohlik davolash juda samarali va juda kamdan-kam hollarda relapslarga olib keladi. Jarrohlik usuli kaftning ko'ndalang burmasi orqali amalga oshiriladi. Kaft tomir-haqiqiy to'plamlar va o'zgartirilgan halqali ligament Sancho uzun digitorum tendon qalinlashgan distal aniqlanadi yoki ularning markaziy qismi diametri uchdan bir qismi tomonidan ajratilgan yoki tashrif buyurdi. Shundan so'ng, pastki ruhoniyning tendoni o'z kanalida erkin siljish qobiliyatiga ega bo'ladi. Ko'pincha, birinchi barmoqning uzun fleksorining tendonining sig'ilga o'xshash qalinlashuvini kesishga harakat qilinadi. To'liq material olib tashlanganda, teriga tikuv qo'llanilishi mumkin.



## Adabiyotlar

1. Tonkin MA, Tolerton SK, Quick TJ, et al. Classification of congenital anomalies of the hand and upper limb: development and assessment of a new system. *J Hand Surg Am.* 2013;38(9):1845-1853.  
– <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23684520/>  
–
2. Sheffler LC, Hanley C, Bagley A, Molitor F, James MA. Comparison of self-reports and parent proxy-reports of function and quality of life of children with below-the-elbow deficiency. *J Bone Joint Surg Am.* 2009;91(12):2852-2859.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19952247/>
3. Solia E, Panagouli E, Angelis S, et al. Variations of Ulnar Nerve in the Forearm and Hand: A Review of the Literature and Clinical Significance. *J Long Term Eff Med Implants.* 2022;32(1):45-59. doi: 10.1615/JLongTermEffMedImplants.2021039908.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35377993/>
4. Corder BN, Benedict KC, Walker ME. Gaining the Upper Hand: Understanding the Causes and Repercussions of Delayed Presentation of Congenital Hand Anomalies. *Eplasty.* 2023;23:e30.  
– <https://www.hmpgloballearningnetwork.com/site/eplasty/case-report/gaining-upper-hand-understanding-causes-and-repercussions-delayed>  
–
5. Goodell PB, Bauer AS, Oishi S, et al. Functional Assessment of Children and Adolescents with Symbrachydactyly: A Unilateral Hand Malformation. *J Bone Joint Surg Am.* 2017;99(13):1119-1128. doi: 10.2106/JBJS.16.01283  
– <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28678125/>  
–
6. Wang B, Tian X, Hu Y. Treatment of Common Congenital Hand Conditions. *Clin Plast Surg.* 2019;46(3):489-503. doi: 10.1016/j.cps.2019.03.009.  
– <https://rs.yiigle.com/CN421158202205/1377768.htm>  
–
7. Shah A, Bohn DC, Van Heest AE, Hu CH. Congenital Upper-Limb Differences: A 6-Year Literature Review. *J Bone Joint Surg Am.* 2023;105(19):1537-1549. doi: 10.2106/JBJS.22.01323.  
– <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37624908/>  
–

8. Andersson GB, Gillberg C, Fernell E, Johansson M, Nachemson A. Children with surgically corrected hand deformities and upper limb deficiencies: self-concept and psychological well-being. *J Hand Surg Eur Vol.* 2011;36(9):795-801.  
– [https://www.researchgate.net/publication/51451202\\_Children\\_with\\_surgically\\_corrected\\_hand\\_deformities\\_and\\_upper\\_limb\\_deficiencies\\_Self-concept\\_and\\_psychological\\_well-being](https://www.researchgate.net/publication/51451202_Children_with_surgically_corrected_hand_deformities_and_upper_limb_deficiencies_Self-concept_and_psychological_well-being)  
–
9. Pino PA, Zlotolow DA, Kozin SH. What 's New in Congenital Hand Surgery. *J Pediatr Orthop.* 2020;40(8):e753-e760. doi: 10.1097/BPO.0000000000001629.  
– <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32658157/>
10. Ferrari BR, Werker PMN. A cross-sectional study of long-term satisfaction after surgery for congenital syndactyly: does skin grafting influence satisfaction? *J Hand Surg Eur Vol.* 2019;44(3):296-303. doi: 10.1177/1753193418808183.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6385155/>
11. Goodell PB, Bauer AS, Sierra FJ, James MA. Symbrachydactyly. *Hand (N Y).* 2016;11(3):262-270. doi: 10.1177/1558944715614857.  
– <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1558944715614857>  
–
12. Gaskin CM, Cahn SL, Bertozzi JC, Bunch PM. Skeletal development of the hand and wrist: a radiographic atlas and digital bone age companion. New York: Oxford University Press, Inc., 2011.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5393285/>